

Belgische overheidsuitgaven voor drugs

Preventie van misbruik en afhankelijkheid van alcohol als kind van de rekening

*Freya Vander Laenen **

Media en politici besteden heel wat aandacht aan illegale drugs en aan (de gevolgen van) het gebruik van illegale drugs. Uit onderzoek naar de overheidsuitgaven voor alcohol en psychoactieve medicatie en illegale drugs in België blijkt echter dat de behandeling van alcohol-misbruik, -afhankelijkheid en -intoxicatie zorgt voor meer dan de helft van de overheidsuitgaven voor het Belgisch drugsbeleid. Van de overheidsuitgaven voor illegale drugs, alcohol en psychoactieve medicatie gaat 76,50 procent naar hulpverlening en 21,82 procent naar veiligheid. De overheidsuitgaven voor preventie (1,24%), harm reduction (0,24%) en andere maken slechts een fractie uit van de overheidsuitgaven. Meer investeringen in het preventiebeleid (zowel preventie, zeker naar specifieke doelgroepen, als het sensibiliseren van professionals) zijn noodzakelijk, zeker voor alcohol en psychoactieve medicatie.

Inleiding

Media en de politici besteden heel wat aandacht aan illegale drugs en aan (de gevolgen van) het gebruik van illegale drugs. De aanpak van illegale drugs vanuit politie en justitie krijgt een prominente rol. De aandacht voor alcohol en psychoactieve medicatie is veel beperkter. Uit onderzoek naar de overheidsuitgaven voor alcohol en psychoactieve medicatie en illegale drugs in België blijkt echter dat de behandeling van alcoholmisbruik, -afhankelijkheid en -intoxicatie zorgt voor meer dan de helft van de overheidsuitgaven voor het Belgisch drugsbeleid. Hoe kunnen we deze uitgaven verklaren? En welke aanbevelingen voor het beleid en voor de praktijk kunnen we daaruit afleiden?

* Prof. dr. F. Vander Laenen is docent criminologie bij de Vakgroep Strafrecht en Criminologie van de Universiteit te Gent en lid van de onderzoeksgroep IRCP.
E-mail: freya.vanderlaenen@ugent.be.

ACHTERGROND EN OPZET ARTIKEL

Nationaal en internationaal kiest men al jaren voor een evidence-based drugsbeleid (Leeuw, 2005; Wyatt, 2002). Het 'public expenditure'-onderzoek (onderzoek naar overheidsuitgaven) vormt een wezenlijk onderdeel van dit evidence-based drugsbeleid. Een inschatting van de overheidsuitgaven voor het drugsbeleid is een waardevolle beleidsindicator, omdat we hiermee de beleidsverbintenissen van de overheid kunnen toetsen (Single e.a., 2003). Een drugsbudget geeft het effectieve niveau van de overheidsuitgaven weer en schetst de verhoudingen tussen preventie, hulpverlening, harm reduction en veiligheid.

Sinds het begin van de eenentwintigste eeuw kennen we de overheidsuitgaven van onder meer Nederland, Luxemburg, Frankrijk, Duitsland, Zweden en Australië (Origer, 2002; Postma, 2004; Rigter, 2006; Ramstedt, 2006; Kopp & Fenoglio, 2003; Moore, 2008; Mostardt e.a., 2010). In België maten we in 2001, in opdracht van Federaal Wetenschapsbeleid, voor het eerst de overheidsuitgaven voor illegale drugs in het onderzoek 'Drugs in cijfers I' (De Ruyver e.a., 2004). Voor 2004 voerden we in 'Drugs in cijfers II' een nieuwe meting uit (De Ruyver e.a., 2007). In dit artikel stellen we de resultaten van het derde onderzoek naar de overheidsuitgaven voor: 'Drugs in cijfers III' (Lamkadem & Roelands, 2010). Het vernieuwende aspect van dit onderzoek is dat we, naast de overheidsuitgaven voor illegale drugs, de uitgaven voor legale drugs (zoals tabak, alcohol en psychoactieve medicatie) hebben berekend voor het jaar 2008 (Vander Laenen e.a., 2011a).

Methode

Het onderzoek heeft de bedoeling een drugsbudget op te maken: dit schat hoeveel de overheid uitgeeft aan het drugsbeleid voor alle bevoegde domeinen en alle beleidsniveaus. Het onderzoek start vanuit het rechtstreeks karakter van overheidsuitgaven, waarbij de beleidsacties expliciet gericht zijn op de drugsproblematiek. We bestuderen in dit onderzoek dan ook geen private en externe uitgaven, omdat deze deel uitmaken van een studie naar de sociale kosten van het drugsprobleem die de totale uitgaven voor het drugsprobleem ten laste van de samenleving bestudeert. Private uitgaven worden hoofdzakelijk gefinancierd door particulieren of private organisaties, hierbij gaat bijvoorbeeld een drugsgebruiker met zijn eigen financiën (een deel of het volledige bedrag) betalen voor een behandeling. Ook externe uitgaven, uitgaven geassocieerd met de consequenties van drugsgebruik, zijn niet opgenomen in deze studie. Kopp en Palle (1998, p. 7) definiëren externe uitgaven als 'total of expenditures that are borne indirectly by the community and caused by drug trafficking and drug use (loss of

productivity, absenteeism, premature death, reimbursement of expenditures of health care, expenditures of illness due to drug use such as aids and certain forms of hepatitis, vandalism, etc.)'. De toepassing van deze definitie zorgt ervoor dat bijvoorbeeld uitgaven voor de behandeling van longkanker, veroorzaakt door roken, niet zijn opgenomen in deze studie. Overheidsuitgaven vormen wel een onderdeel van een sociale kost studie, samen met private en externe uitgaven. Tabel 1 illustreert dit onderscheid met meer voorbeelden.

Tabel 1. Belgische overheidsuitgaven voor drugs

Overheidsuitgaven	Private uitgaven	Externe uitgaven	Sociale kosten
Rechtstreeks karakter van uitgaven door de overheid; de beleidsacties zijn expliciet gericht op de drugsproblematiek	Uitgaven van individuen of private organisaties	Uitgaven verbonden met de gevolgen van alcohol of drugsgebruik	De totale uitgaven voor het drugsprobleem ten laste van de samenleving
Bijvoorbeeld: <ul style="list-style-type: none"> • straathoekwerk • drugspreventie • drugshulpverlening • reïntegratieprogramma's voor (ex)drugsgebruikers • uitgaven voor personeel (zoals politiemensen die werken in gespecialiseerde drugsunits, douane gespecialiseerd in drugshandel, magistraten die drugszaken behandelen) • uitgaven voor drugscoördinatoren • uitgaven voor wetenschappelijk onderzoek naar drugs 	Bijvoorbeeld: <ul style="list-style-type: none"> • uitgaven van drugsgebruikers • uitgaven van private organisaties zonder subsidie van de overheid • uitgaven van liefdadigheidsorganisaties 	Bijvoorbeeld: <ul style="list-style-type: none"> • uitgaven voor drugsgerelateerde criminaliteit • uitgaven voor drugsgerelateerde overlast • uitgaven voor de behandeling van infectieziekten als gevolg van besmette naalden bij drugsgebruik (hiv of hcv) • uitgaven voor de behandeling van longkanker veroorzaakt door roken • uitgaven voor de behandeling van alcoholgerelateerde ziekten (zoals alcoholische levercirrose of pancreatitis) • uitgaven wegens productiviteitsverlies • uitgaven wegens absenteeïsme op het werk 	

*'Drugs' omvat hier zowel alcohol, tabak, psychoactieve medicatie als illegale drugs.

Om de financiële data te verzamelen gebruiken we twee methoden. Ten eerste een top-downaanpak; hierbij zijn de controleactoren die aan de bron van de financiële stroom staan het vertrekpunt en volgen we de geldstroom naar beneden tot bij de projecten. De top-downmethodologie start hierbij met de exploratie van de algemene uitgavenbegroting van de federale overheidsdiensten. Voor deze begrotingsanalyse bestudeerden we de vereffeningskredieten van 2008 die we terugvinden in de uitgavenbegroting 2010 (tabel realisaties 2008). Voor de gemeenschappen/gewesten bestudeerden we de gerealiseerde uitgaven (al dan niet in begrotingsdocument) van specifieke drugsgerelateerde programma's. In dit onderzoek verzamelden we 98,8 procent van alle overheidsuitgaven via de top-downbenadering. Bovendien bleek uit de resultaten van ons onderzoek dat 97,27 procent van de overheidsuitgaven op het federaal niveau plaatsvinden. Daarom nemen we in tabel 2 een beknopt overzicht op van de geraadpleegde bronnen op basis van de top-downaanpak op federaal niveau. Daarnaast verzamelden we informatie over de financiële middelen ingezet door provincies en lokale overheden via vragenlijsten.¹ Om de uitgaven te classificeren gebruiken we de vier klassieke pijlers (ofwel sectoren) preventie, hulpverlening, harm reduction en veiligheid, aangevuld met een pijler 'andere' (een restcategorie voor uitgaven die we niet aan een van de klassieke pijlers kunnen toekennen). Na het verzamelen van de ruwe financiële data volgt de verwerking ervan. Wanneer de budgetbedragen drugsspecifiek zijn, bij middelen uitsluitend ingezet voor het drugsbeleid, zijn geen bijkomende berekeningen noodzakelijk. Heel wat middelen zijn niet drugsspecifiek en zij vragen verdere berekeningen om het aandeel van de uitgaven voor drugs binnen het totale budget te bepalen. Hiervoor gebruiken we verdeelsleutels of eenheidsuitgaven (Van Malderen, Vander Laenen & De Ruyver, 2009). Verdeelsleutels hebben we toegepast voor onder meer de politie, justitie en de douane. Voor politie bijvoorbeeld vermenigvuldigen we het totale budget met de volgende verdeelsleutel: aantal geregistreerde drugsdelicten gedeeld door het totale aantal geregistreerde delicten.

1 Voor de provincies stuurden we een vragenlijst naar de Vlaamse provinciale drugscoördinatoren en voor de Waalse provincies naar de verantwoordelijken voor (mentale) gezondheid, sociale cohesie of preventie binnen de Waalse provinciale diensten. Voor de lokale overheden stuurden we een vragenlijst naar een steekproef van steden en gemeenten. De steekproef bestaat uit 58 steden en gemeenten; met de nodige variatie in de keuze van deze steden en gemeenten (5 grote steden, 11 regionale steden, 22 gemeenten in de periferie van grote/regionale steden en 20 meer landelijke gemeenten).

Tabel 2. Geraadpleegde bronnen op basis van de top-downaanpak voor het federaal niveau.

FOD Binnenlandse Zaken	Strategische veiligheids- en preventieplannen
	Lokale politie
	Federale politie
FOD Volksgezondheid	Hospitalisatiesector
	Cel gezondheidsbeleid drugs
	Pilotprojecten
	Fonds Verslaving
	Wetenschappelijk Instituut voor Volksgezondheid
RIZIV	Tabakscontroledienst
	RIZIV-conventie revalidatie van verslaafden
	Therapeutische projecten middelenmisbruik
	Tabaksontwenning
	Federaal Agentschap voor de Veiligheid van de Voedselketen (FAVV)
	Fonds Verslaving
	Openbaar ministerie
FOD Justitie	Hoven en rechtbanken
	Gerechtelijke bijstand
	Strafvuiteringsrechtbanken (enkel personeelsmiddelen beschikbaar)
	Gerechtskosten (uitgaven bloedafnamesystemen, urinepaneltesten en laboratoriumonderzoeken; uitgaven voor vernietiging van verdovende middelen en opsporing van verdovende middelen in urineanalyses)
	Federale jeugdinstellingen
	Justitiehuisen
	Elektronisch toezicht
	Alternatieve gerechtelijke maatregelen en straffen (AGMS)
	Proefzorg
	Drugbehandelingskamer
	Strafinrichtingen
	Drugsspecifieke projecten gevangenen
	Dienst voor het Strafrechtelijk Beleid
	Interpol
	Europol
FOD Financiën	Douane

FOD Binnenlandse Zaken	Strategische veiligheids- en preventieplannen
FOD Defensie	Cel Addict
FOD Werkgelegenheid, arbeid en sociaal overleg	Algemene directie toezicht op het welzijn op het werk
Federaal Agentschap Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten (FAGG)	Uitgaven voor de celprecursoren en de eenheid verdovende middelen
FOD Buitenlandse Zaken	UNODC
	World Health Organization
	Pompidou Group
POD Maatschappelijke Integratie	Nazorg drugverslaafden
	Grootstedenbeleid
POD Wetenschapsbeleid	Federaal wetenschapsbeleid: onderzoeksprogramma drugs

In sommige gevallen gebruiken we eenheidsuitgaven, aangezien we hiervoor alleen de registratie van het aantal 'drugs' activiteiten nodig hebben om een schatting te kunnen maken van de drugsgerelateerde uitgaven. Dit is het geval voor de uitgaven voor de hospitalisatiesector en de gevangenis. Voor de overheidsuitgaven in een algemeen ziekenhuis bijvoorbeeld vermenigvuldigen we de gemiddelde ligdagprijs met het aantal hospitalisatiedagen 'illegale drugs'.

Indien de drugsspecifieke budgetbedragen niet voorhanden zijn, wordt bij voorkeur gebruik gemaakt van de verdeelsleutel. Deze methode biedt de garantie dat alle ingezette middelen - personeelskosten, overheadkosten en kapitaal - worden toegewezen aan de activiteiten. Het belangrijkste nadeel van een verdeelsleutel is dat het kan leiden tot een onder- of overschatting, aangezien ervan uitgegaan wordt dat evenveel tijd wordt besteed aan drugsgerelateerde en niet-drugsgerelateerde activiteiten, wat niet strookt met de realiteit van de handhaving, zo blijkt uit onderzoek (Aos, 2006; Moolenaar, 2009). Dit is bijvoorbeeld het geval bij de opsporing van drugsmisdriven, waarbij we ervan uitgaan dat de politie evenveel tijd besteedt aan het opsporen van het bezit van illegale drugs als aan het opsporen van drugshandel. Het gebruiken van verdeelsleutels en eenheidsuitgaven maakt duidelijk dat de resultaten van dit onderzoek (en van elk onderzoek naar overheidsuitgaven drugs) schattingen zijn en dat de kwaliteit van de beschikbare data mede de kwaliteit van het onderzoek bepaalt (Vander Laenen e.a., 2011b).

Resultaten

TOTALE OVERHEIDSUITGAVEN IN 2008

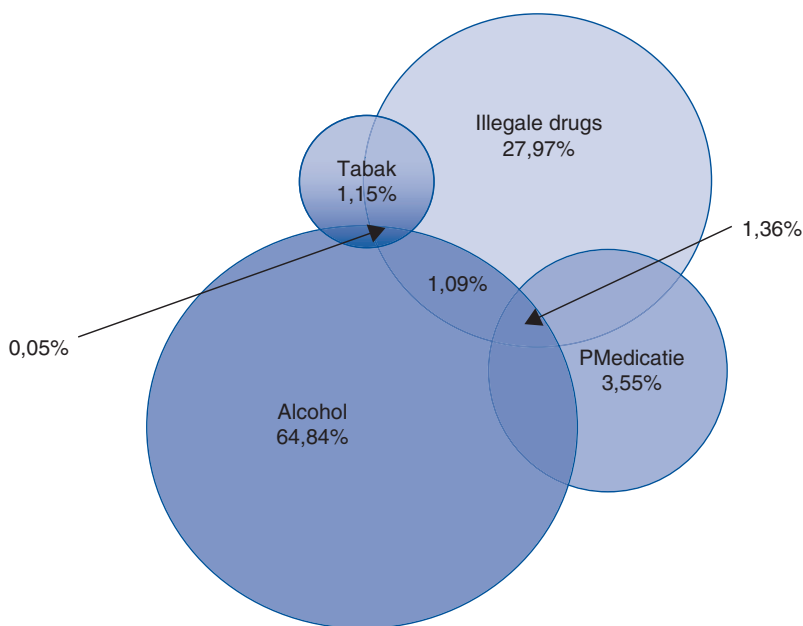
Voor het jaar 2008 schatten we de totale overheidsuitgaven voor illegale drugs, alcohol, psychoactieve medicatie en tabak tussen 655.473.000 euro en 1.294.698.000 euro, met een gemiddelde van 975.086.000 euro.²

Uit figuur 1 blijkt duidelijk dat bijna twee derde van de drugsgerelateerde overheidsuitgaven aan alcohol wordt besteed. Iets minder dan 30 procent gaat naar illegale drugs. Een beperkt aandeel gaat naar psychoactieve medicatie en tabak. Het aandeel van tabak blijft beperkt, omdat voor de pijler hulpverlening alleen de uitgaven voor rookstop-begeleiding zijn gemeten en geen uitgaven zijn gemeten voor de behandeling van de gezondheidsschade van roken (zie paragraaf Methode). De verklaring voor de overlapping tussen de cirkels in figuur 1 ligt vooral binnen de pijler preventie, omdat preventie-initiatieven zelden onderscheid maken tussen legale of illegale drugs.

UITGAVEN VOOR ILLEGALE DRUGS, ALCOHOL EN PSYCHOACTIEVE MEDICATIE IN 2008

Verhouding tussen de pijlers. Het grootste aandeel (76,50%) van de gemiddelde overheidsuitgaven voor illegale drugs, alcohol en psychoactieve medicatie behoort tot de pijler hulpverlening, gevolgd door de pijler veiligheid (21,82%). De overheidsuitgaven voor de overige pijlers - preventie (1,24%), harm reduction (0,24%) en andere - vormen slechts een fractie van de overheidsuitgaven. Bij harm reduction moet een kanttekening worden gemaakt: de overheidsuitgaven voor substitutie-behandelingen (methadon en buprenorfine) hebben we volledig toe-

2 We hebben een minimale en maximale schatting opgesteld, aangezien we voor de hospitalisatiesector een berekening hebben gemaakt: a hospitalisatie op basis van primaire diagnoses, en b hospitalisatie op basis van primaire en/of secundaire diagnoses. Ook bij de strafuitvoering hebben we een minimale en een maximale schatting opgesteld. Een minimale inschatting houdt rekening met gedetineerden die enkel een drugsdelict hebben gepleegd. De uitgaven van een maximale inschatting houdt rekening met gedetineerden die onder meer voor een drugsdelict zijn opgesloten. Voor de verdere analyse in dit artikel lichten we tabak uit de bespreking.



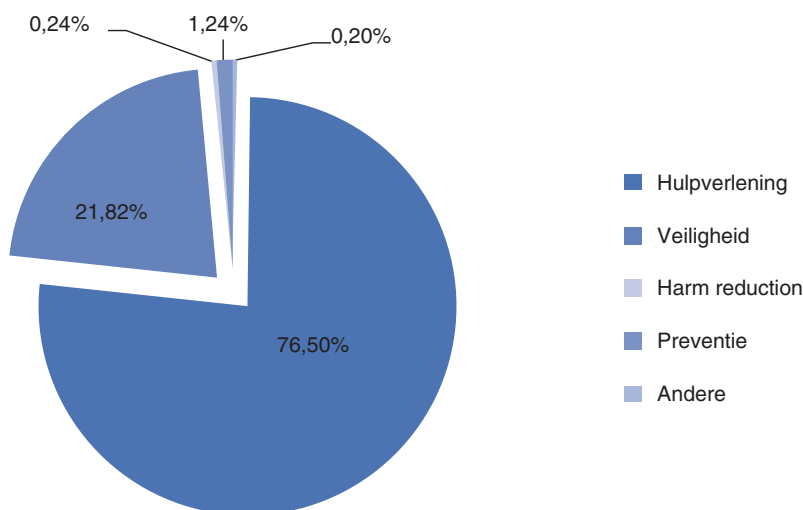
Figuur 1 Totale drugsgerelateerde overheidsuitgaven naar middel (2008).

gekend aan de pijler hulpverlening, omdat substitutiebehandelingen zijn ingebed in de hulpverlening en niet te isoleren zijn.³

De verklaring voor deze verhoudingen ligt in de hoge uitgaven bij de behandeling van alcoholafhankelijkheid, misbruik en intoxicatie in de hospitalisatiesector.⁴ De totale uitgaven voor de behandeling van alcoholafhankelijkheid zijn 553.217.000 euro ofwel 57,41 procent van de totale overheidsuitgaven voor het drugsbeleid.

In de pijler veiligheid doet zich hetzelfde voor op opsporings- en straf-toemettingsniveau. De grootste uitgaven op deze niveaus zijn voor alcohol, aangezien het merendeel van de processen-verbaal en veroordelingen alcoholgerelateerd is.⁵

- 3 Uitgaven voor harm reduction-initiatieven bij alcohol (zoals de verbetering van het openbaar vervoer 's avonds, alcohol schenken in plastic bekertjes en horeca trainen om verantwoord te schenken) vinden plaats in de private sfeer of ze behoren tot andere pijlers.
- 4 Het registratiesysteem van de hospitalisatiesector (Minimale Ziekenhuisgegevens en Minimale Psychiatrische Gegevens) onderscheidt voor 'alcohol' de diagnoses misbruik, afhankelijkheid en intoxicatie.
- 5 Opsporing: 1% van de processen-verbaal is drugsgerelateerd en 1,41% alcoholgerelateerd. Straftoemeting: 2,99% van de veroordelingen is drugsgerelateerd en 15,42% alcoholgerelateerd.



Figuur 2 Overheidsuitgaven illegale drugs, alcohol en psychoactieve medicatie per pijler (2008).

Uitgaven in de pijler hulpverlening in detail. Aangezien de hulpverlening en de hospitalisatiesector in het bijzonder een belangrijk onderdeel uitmaken van de overheidsuitgaven voor het drugsbeleid, bespreken we deze pijler meer in detail. We presenteren de resultaten voor de drugs-specifieke hulpverlening (zie tabel 3) en de resultaten voor de reguliere (geestelijke) gezondheidszorg (zie tabel 4). De analyse en vergelijking van tabel 3 en 4 geeft een aantal opvallende resultaten, zelfs bij een minimale inschatting van de overheidsuitgaven in de hospitalisatiesector.⁶

Een belangrijke kanttekening bij deze cijfers is dat de overheidsuitgaven voor de huisartsen, privépsychiaters en voor de wijkgezondheidscentra niet zijn berekend, wat zelfs een onderschatting van het aandeel hulpverlening in de overheidsuitgaven doet vermoeden.⁷

De uitgaven voor illegale drugs zijn hoger in de hospitalisatiesector dan in de residentiële drugsspecifieke hulpverlening (TG en CIC). De hoogste uitgaven gebeuren in de geestelijke gezondheidszorg (PAAZ en psychiatrische ziekenhuizen); de geestelijke gezondheidszorg neemt dus in belangrijke mate personen met een problematiek illegale

6 Zie voetnoot 2: het betreft hier enkel uitgaven voor de hospitalisatie op basis van primaire diagnoses.

7 Het was methodologisch niet mogelijk het aandeel van de consulten te bepalen die daadwerkelijk over problemen met middelen gaan. Daardoor konden we het aandeel van de overheidsmiddelen voor drugspreventie en drugs-hulpverlening niet becijferen.

Tabel 3. Overheidsuitgaven drugsspecifieke hulpverlening (2008).

Type instelling	Totaal
Ambulant: dagcentrum en medisch sociaal opvangcentrum (MSOC)	14.795.535
Residentiële centra: therapeutische gemeenschap en crisisinterventiecentrum (CIC)	27.465.528
Totaal	41.745.063

Tabel 4. Minimale schatting overheidsuitgaven via hospitalisatiedagen en gemiddelde ligdagprijs* (2008).

Type instelling	Uitgaven illegale drugs	Uitgaven alcohol	Uitgaven psychoactieve medicatie	Totaal
PZ	31.058.754	208.283.191	9.329.968	248.671.913
PAAZ	5.403.372	62.571.744	3.957.728	71.932.844
PVT	87.851	2.747.160		2.835.011
IBW	673.014	4.284.754	18.718	4.976.486
AZ	2.864.822	35.078.010	2.881.115	40.823.947
Totaal	40.087.813	312.964.859	16.187.529	369.240.201

PZ = psychiatrisch ziekenhuis; PAAZ = psychiatrische afdeling van een algemeen ziekenhuis; PVT = psychiatrisch verzorgingstehuis; IBW = beschut wonen; AZ = algemeen ziekenhuis.

* Om de kosten voor farmaceutische specialiteiten, honoraria van de zorgverleners, enzovoort, in rekening te brengen, voeren we een correctie op de ligdagprijs uit (voor algemene ziekenhuizen vermeerden we de gemiddelde ligdagprijs met 33,69%; voor psychiatrische ziekenhuizen met 9,89%).

drugs op. Daarnaast blijkt, zoals gezegd, dat alcohol de belangrijkste uitgavenpost is, voor elk type voorziening (zowel in de gezondheidszorg als in de geestelijke gezondheidszorg).

Ook de uitgaven voor de behandeling van misbruik en afhankelijkheid van psychoactieve medicatie zijn niet te onderschatten. Hoewel de uitgaven voor deze behandelingen in verhouding het kleinst zijn, behalve in algemene ziekenhuizen (waar de uitgaven voor psychoactieve medicatie zelfs de uitgaven voor illegale drugs overstijgen), geeft de hospitalisatiesector toch nog steeds 16 miljoen euro uit aan de behandeling van misbruik en afhankelijkheid van psychoactieve medicatie; een bedrag dat vergelijkbaar is met wat naar de ambulante drugsspecifieke sector gaat. Het is dan ook opvallend dat de overheid in 2008 slechts één project subsidieerde dat specifiek gericht was op het bewust maken van intermediairen rond psychoactieve medicatie: artsen en apothekers kregen vorming over het verantwoord voorschrijven van benzodiazepinen.

Uitgaven in de pijler veiligheid in detail. Ook in de pijler veiligheid leidt alcohol tot belangrijke uitgaven. Op elk niveau van de afhandeling van strafzaken onderzoeken we dan ook de uitgaven per middel meer in detail (zie tabel 5).

Tabel 5. Overheidsuitgaven op de echelons van de afhandeling van strafzaken, opgesplitst naar middel (2008).

	Uitgaven beleid illegale drugs	%	Uitgaven beleid alcohol	%
Opsporing	48.297.301	36,72	48.208.675	64,47
Vervolgning	1.371.445	1,04	1.331.305	1,78
Straftoemeting	5.692.273	4,33	23.378.451	31,27
Strafuitvoering	76.173.707	57,91	1.855.218	2,48
Totaal	131.534.726	100	74.773.649	100

Tabel 5 laat zien dat de uitgaven op opsporings- en vervolgingsniveau gelijksoortig zijn voor illegale drugs en alcohol. De verklaring hiervoor ligt bij de politiecontroles op het rijden onder invloed van alcohol. Daarnaast heeft de douane 2.246 drugsovertredingen vastgesteld. Op straftoemetingsniveau zijn de uitgaven voor alcohol zelfs groter dan die voor illegale drugs. Dit is te wijten aan het aantal veroordelingen dat varieert naar gelang het middel: slechts 11,72 procent van de inbreuken op drugswetgeving wordt veroordeeld, terwijl de veroordelingsgraad bij openbare dronkenschap en rijden onder invloed van alcohol 62,51 procent bedraagt.

De hoogste uitgaven situeren zich op strafuitvoeringsniveau. Op dit niveau gaan de uitgaven voornamelijk naar illegale drugs, omdat meer dan 25 procent⁸ van de gedetineerden is opgesloten voor minstens een drugsdelict.

Conclusies en aanbevelingen

ALCOHOLMISBRUIK EN AFHANKELIJKHEID ZORGEN VOOR ZEER HOGE UITGAVEN

Misbruik en afhankelijkheid van alcohol brengen hoge kosten met zich mee voor de hospitalisatiesector (553.217.000 euro of bijna 57% van de totale drugsgerelateerde overheidsuitgaven). Dit bedrag is ex-

8 Aantal opsluiting max IDW (4.350) / totaal aantal opsluitingen (17.345) = 25,08%. De uitgaven voor de strafuitvoering binnen de penitentiaire inrichtingen in het kader van inbreuken op drugswetgeving ligt tussen 49.402.921,71 en 88.201.170,72 euro.

clusief de uitgaven voor alcoholgerelateerde ziekten (zoals alcoholische levercirrose of pancreatitis). De sociale gezondheidskost van alcohol (inclusief kosten voor alcoholgerelateerde problemen en ziekten, en productiviteitsverlies) binnen de Europese Unie bedraagt in 2003 125 miljard euro of 1,3 procent van het BBP (WHO Europe, 2010). Dit laat vermoeden dat alcoholmisbruik hoogstwaarschijnlijk een nog grotere impact heeft op de overheidsuitgaven.

Daarnaast brengt alcohol belangrijke uitgaven met zich mee binnen de pijler veiligheid: 34,5 procent van de uitgaven gaat naar alcohol (74.774.000 euro). Zeer waarschijnlijk onderschatten we zelfs het aandeel van alcohol binnen de pijler veiligheid. Voor alcohol registreren de justitiehuisen, die instaan voor de controle en begeleiding van justitiecliënten, bijvoorbeeld niet de inbreuken bij alcohol of dronkenschap.

MEER AANDACHT VOOR PREVENTIE, ZEKER VAN ALCOHOL EN PSYCHOACTIEVE MEDICATIE

Uit de vergelijking van de overheidsuitgaven voor de verschillende pijlers (preventie, hulpverlening, harm reduction en veiligheid) blijkt, net als bij de onderzoeken 'Drugs in cijfers I' en 'Drugs in cijfers II', dat slechts in beperkte mate middelen naar preventie gaan. Nu 'Drugs in cijfers III' ook de overheidsuitgaven voor legale drugs berekent, stellen we vast dat vooral voor de preventie van misbruik en afhankelijkheid van deze legale middelen slechts in zeer beperkte mate uitgaven gebeuren. Dit geldt voor alcohol en in het bijzonder voor psychoactieve medicatie.

Het onderzoek toont evenwel aan dat de behandeling van alcoholmisbruik bijna 57 procent van de totale overheidsuitgaven voor het drugsbeleid uitmaakt en dat 34,5 procent van de uitgaven binnen de pijler veiligheid naar de aanpak van problemen met alcohol gaat. Uit de Belgische gezondheidsenquête van 2008 blijkt dat bij 10 procent van de Belgische bevolking sprake is van problematisch alcoholgebruik. Het problematisch gebruik neemt ook toe met de leeftijd, met een piek voor de groep tussen 45 en 64 jaar (Gisle, 2008). Selectieve en geïndiceerde preventie, zeker voor volwassenen, is dan ook aangewezen. Domus Medica heeft alvast een aanbeveling geschreven voor huisartsen om problematisch alcoholgebruik te screenen en bespreekbaar te maken (Michels e.a., 2011).

In het bijzonder voor psychoactieve medicatie blijkt dat er weinig specifieke preventie van en sensibilisering rond potentieel misbruik van psychoactieve medicatie bestaat: slechts 0,66 procent van het - al beperkte - preventiebudget gaat naar de preventie van het misbruik van deze middelen. Bovendien is België koploper in de wereld wat betreft

het gebruik van slaap- en kalmeringsmiddelen (INCB, 2009), is het aantal voorgeschreven antidepressiva tussen 1997 en 2008 meer dan verdubbeld en is het aantal voorgeschreven antipsychotica in diezelfde periode bijna verdubbeld. Vooral bij ouderen wordt deze medicatie (te) frequent en langdurig voorgeschreven (Hoge Gezondheidsraad, 2011). Hierbij kan bijvoorbeeld gedacht worden aan gerichte sensibiliseringscampagnes rond het voorschrijfgedrag van artsen. Bovendien bevestigen de uitgaven voor de hospitalisatie duidelijk dat wel degelijk sprake is van misbruik en afhankelijkheid van psychoactieve medicatie.

Meer investeringen in een gericht preventiebeleid (zowel preventie, zeker naar specifieke doelgroepen, als het sensibiliseren van professionals) zijn dan ook noodzakelijk, zeker voor alcohol en psychoactieve medicatie.

Een bijkomend argument is dat het investeren in preventie op termijn winst zal opleveren voor de uitgaven in de pijlers hulpverlening en veiligheid.

MEER FINANCIERING VOOR HARM REDUCTION

De uitgaven voor de pijler harm reduction vormen slechts een fractie van de totale overheidsuitgaven (2.330.000 euro ofwel 0,24%), zelfs wanneer we er rekening mee houden dat substitutie niet binnen de pijler harm reduction valt. De vaststelling dat harm reduction-strategieën nog steeds politiek gevoelig liggen, vooral in Vlaanderen, is daar ongetwijfeld niet vreemd aan. Op het gebied van harm reduction is een duidelijk verschil merkbaar in de financiering tussen de Vlaamse en Waalse overheid. De Vlaamse gemeenschap financiert spuitenruilprogramma's. In Vlaanderen gaan alleen in Gent en Antwerpen expliciet middelen naar harm reduction in het uitgaansmilieu. De Vlaamse overheid financiert geen initiatieven rond het testen van drugs. Het komt ook niet aan bod in het Vlaams actieplan tabak, alcohol en drugs 2009-2015. De Vlaamse Gemeenschap oordeelt dat de nadelen en risico's van pill testing alsnog groter zijn dan de voordelen (Cel gezondheidsbeleid drugs, 2010). De Franstalige overheid in België investeert meer in een gediversifieerd harm reduction-aanbod. Ze subsidiëren pill testing wel; ook spuitenruil en begeleiding worden vanuit een expliciete harm reduction-filosofie gesubsidieerd.⁹

9 Van de overheidsuitgaven gebeurt 97,27% op federaal niveau, wat duidelijk maakt dat het aandeel van de Vlaamse en de Franstalige overheden beperkt blijft. Behalve harm reduction hebben we geen opvallende verschillen tussen de uitgaven van de Vlaamse en de Franstalige overheden kunnen vaststellen.

De beperkte financiering van de pijler harm reduction geeft, samen met het chronisch karakter van middelenafhankelijkheid (McLellan, 2002; Vanderplasschen e.a., 2004) en vanuit evidence based oogpunt (Spijkerman e.a., 2002; Vander Laenen, Vandam & Colman, 2010), evenwel voldoende argumenten meer investeringen in harm reduction te verantwoorden.

DE VERHOUDING TUSSEN DE PIJLERS ZIT NIET GOED

Zowel de federale beleidsnota drugs (2001) als de Gemeenschappelijke Verklaring van de Interministeriële Conferentie Drugs over een globaal en geïntegreerd drugsbeleid voor België (2010) benadrukken het belang van preventie en hulpverlening, in het bijzonder naar gebruikers van drugs. De verhouding van de overheidsuitgaven over de verschillende pijlers toont een andere realiteit. De pijler preventie krijgt slechts 1,36 procent van de totale drugsgelateerde overheidsuitgaven, ondanks het belang van preventie als basis voor een drugsbeleid. Dit bewijst opnieuw dat grotere investeringen nodig zijn in de sector preventie.

De verhoudingen tussen de pijlers zullen afhangen van de criteria die de overheden hanteren bij de besluitvorming rond de toekenning van uitgaven. Een eerste criterium kan de (sociale) kosten van een middel zijn voor de samenleving. Een tweede criterium kan de kosteneffectiviteit van interventies zijn. Een derde criterium kan het bestendigen van de historisch gegroeide verhoudingen en de uitgaven zijn (McDonald, 2011). Uiteindelijk zouden bij een evenwichtige politieke besluitvorming elk van deze criteria een rol moeten spelen.

Politici en academici zullen een verschillend gewicht toekennen aan elk van deze criteria. Ook andere studies tonen dat politici vaak kiezen voor het behoud van de historisch gegroeide verhoudingen en voor veiligheid, ook al geeft onderzoek aan dat de kosteneffectiviteit van hulpverlening en harm reduction veel groter is dan die van de veiligheidssector (Boyum & Reuter, 2005). Academici zien kosteneffectiviteit als een belangrijk principe voor het drugsbeleid. Ook al bestaat er een spanningsveld tussen de academische en politieke wereld, beide groepen hebben wel een doel gemeen: het verminderen van de drugsgelateerde schade.

Overheidsuitgaven als stap naar de studie naar de sociale kosten

Een studie naar overheidsuitgaven legt geen verband tussen beleidsmaatregelen en (beleids)resultaten. Dergelijke studies zeggen als dusdanig niets over de effectiviteit van het beleid, hoewel ze nuttige informatie bevatten voor evaluaties van het drugsbe-

leid. Overheidsuitgaven zijn een essentiële bouwsteen voor economische analyses en kunnen een belangrijk component zijn voor een sociale kost studie. Sociale kost studies zijn een elementaire stap voor analyses van het drugsbeleid en worden internationaal vaak gebruikt om de kosten van illegaal drugsgebruik, alcohol en tabak te meten (Moore & Caulkins, 2006). Het uitvoeren van een sociale kost studie zou toelaten te meten hoeveel particulieren en private organisaties uitgeven aan middelen en hoeveel de gevolgen van middelengebruik de samenleving kosten (bijvoorbeeld wat betreft de hospitalisatie van levercirrose en de opsporing van drugsgerelateerde criminaliteit). Een sociale kost studie is ten slotte een essentieel onderdeel van een kosten-effectiviteitsonderzoek en van een kosten-batenanalyse (Postma, 2004). Die laatste analyse kan aantonen welke investeringen noodzakelijk zijn en wat die investering uiteindelijk kan opleveren, de zogenaamde 'return on investment' (Lievens & Caulkins, 2010). In de huidige economische context zal dit type studies zeer waarschijnlijk aan belang winnen.

Literatuur

- Aos, S. (2006). *Evidence-based public policy options to reduce future prison construction, criminal justice costs, and crime rates*. Olympia: Washington State Institute for Public Policy.
- Boyum, D. & Reuter, P. (2005). *An analytic assessment of U.S. drug policy*. Washington DC: AEI Press.
- Cel Gezondheidsbeleid Drugs (2010). Advies Cel Gezondheidsbeleid Drugs 'Het testen van illegale drugs in België', 16 februari 2010. Internet: www.health.belgium.be/avis%20pill%20testing%20nl%20.pdf (14-12-2011).
- De Ruyver, B., Pelc, I., Casselman, J., Geenens, K., Nicaise, P., From, L., Vander Laenen, F., Meuwissen, K. & Van Dijck, A. (2004). *Drugsbeleid in cijfers. Een studie naar betrokken actoren, overheidsuitgaven en bereikte doelgroepen*. Gent: Academia Press.
- De Ruyver, B., Pelc, I., De Graeve, D., Bucquoye, A., Nicaise, P. & Cornelis, L. (2007). *Drugsbeleid in cijfers, II. Follow-up onderzoek naar betrokken actoren, overheidsuitgaven en bereikte doelgroepen*. Gent: Academia Press.
- Gisle, L. (2008). *Gezondheidsenquête België 2008. Gebruik van alcohol*. Brussel: Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid.
- Hoge Gezondheidsraad (2011). *De impact van psychofarmaca op de gezondheid met een bijzondere aandacht voor ouderen*, 6 juli 2011, Publicatie van de hoge gezondheidsraad nr. 8571. Brussel: Hoge Gezondheidsraad. Internet: <http://www.health.belgium.be/internet2prd/groups/public/@public/@shc/documents/ie2divers/19071075.pdf> (14/12/2011).

- Interministeriële Conferentie Drugs (2010). Een globaal en geïntegreerd drugs-beleid voor België. Gemeenschappelijke verklaring van de Interministeriële Conferentie Drugs, 25 januari 2010. Brussel: Permanente Coördinatie Algemene Cel Drugsbeleid.
- International Narcotics Control Board (2009). Narcotic drugs 2009. Estimated world requirements for 2010. Internet: http://www.incb.org/pdf/technical-reports/narcotic-drugs/2009/narcotic_drugs_publication_2009.pdf (14-12-2011).
- Kopp, P. & Fenoglio, P. (2003). *Public spending on drugs in the European Union during the 1990s*. Lissabon: EMCDDA.
- Kopp, P. & Palle, C. (1998). *Vers l'analyse du coût des drogues illicites. Un essai de mesure du coût de la politique publique de la drogue et quelques réflexions sur la mesure des autres coûts*. Parijs: OFDT.
- Lamkaddem, B. & Roelands, M. (Eds.) (2010). *Belgian national report on drugs*. Brussels: Scientific Institute of Public Health.
- Leeuw, F.L. (2005). Trends and developments in program evaluation in general and criminal justice programs in particular. *European Journal on Criminal Policy and Research*, 11, 223-258.
- Lievens, D. & Caulkins, J. (2010). Studies on public drug expenditure: the potential role, limitations and relationship to actual drug policy. Unpublished paper.
- McDonald, D. (2011). Australian governments' spending on preventing and responding to drug abuse should target the main sources of drug-related harm and the most cost-effective interventions. *Drug and Alcohol Review*, 30, 96-100.
- McLellan, A.T. (2002). Have we evaluated addiction treatment correctly? Implications from a chronic care perspective. *Addiction*, 97, 249-252.
- Michels, J., Hoeck, S., Dom, G., Goossens, M., Van Hal, G. & Van Royen, P. (2011). Problematisch alcoholgebruik: aanpak door de huisarts. *Huisarts Nu*, 40, S137-S160. Internet: http://www.domusmedica.be/images/stories/aanbevelingen/abv_alco_2011.pdf (18-12-2011).
- Moolenaar, D.E.G. (2009). Modelling criminal justice system costs by offence: lessons from The Netherlands. *European Journal on Criminal Policy and Research*, 15, 309-326.
- Moore, T. (2008). The size and mix of government spending on illicit drug policy in Australia. *Drug and Alcohol Review*, 27, 404-413.
- Moore, T. & Caulkins, J. (2006). How cost-of-illness studies can be made more useful for illicit drug policy analysis. *Applied Health Economics and Health Policy*, 5, 75-85.
- Mostardt, S., Flöter, S., Neumann, A., Wasem, J. & Pfeiffer-Gerschel, T. (2010). Schätzung der Ausgaben der öffentlichen Hand durch den Konsum illegaler Drogen in Deutschland. *Das Gesundheitswesen*, 72, 886-894.
- Origer, A. (2002). Le coût économique direct de la politique et des interventions publiques en matière d'usage illicite de drogues au Grand-Duché de Luxembourg. *Séries de recherche n°4*. Luxembourg: Point focal OEDT - CRP-Santé.
- Postma, M.J. (2004). *Public expenditure on drugs in the European Union 2000-2004*. Lissabon: EMCDDA.
- Ramstedt, M. (2006). What drug policies cost. Estimating drug policy expenditures in Sweden, 2002: work in progress. *Addiction*, 101, 330-338.
- Rigter, H. (2006). What drug policies cost. Drug policy spending in the Netherlands in 2003. *Addiction*, 101, 323-329.

- Single, E., e.a. (2003). *International guidelines for estimating the economic costs of substances abuse*. Geneva: World Health Organization.
- Spijkerman, R., Biesma, S., Meijer, G., Poel, A. van der, Eijnden, R. van den, & Bieleman, B. (2002). *Vier jaar verantwoord schoon. Evaluatie van Verantwoord Schoon: programma voor aanpak van drugsoverlast in Rotterdamse deelgemeenten*. Rotterdam: IVO/Stichting INTRAVAl.
- Van Malderen, S., Vander Laenen, F. & De Ruyver, B. (2009). The study of expenditure on drugs, a useful evaluation tool for policy. In M. Cools, S. De Kimpe, B. De Ruyver, M. Easton, L. Pauwels, P. Ponsaers, T. Vander Beken, F. Vander Laenen, G. Vande Walle & G. Vermeulen (Eds.), *Contemporary issues in the empirical study of crime* (pp. 49-78). Antwerpen: Maklu.
- Vander Laenen, F., De Ruyver, B., Christiaens, J. & Lievens, D. (2011a). *Drugs in cijfers, III. Onderzoek naar de overheidsuitgaven voor het drugsbeleid in België*. Gent: Academia Press.
- Vander Laenen, F., Vandam, L., & Colman, C. (2010). Met velen aan de tafel: goede voorbeelden van een integraal en geïntegreerd drugsbeleid. *Verslaving*, 6, 54-71.
- Vander Laenen, F., Vandam, L., De Ruyver, B. & Lievens, D. (2011b). Studies on public drug expenditure in Europe: possibilities and limitations. *Bulletin on Narcotics*, LX, 23-39.
- Vanderplasschen, W., Rapp, R.C., Wolf, J. & Broekaert, E. (2004). The development and implementation of case management for substance use disorders in North America and Europe. *Psychiatric Services*, 55, 913-922.
- WHO Europe (2010). *European Status Report on Alcohol and Health 2010*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Wyatt, A. (2002). Evidence based policy making: the view from a centre. *Public Policy and Administration*, 17, 12-28.